

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE TOOELE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO/VISITA PARA LA VACUNA

Nombre:		Grado:	Maestro:	La Escuela:
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono		Fecha de Nacimiento:	Edad:	Raza:
Celular:		Podemos Enviar un mensaje de texto: si o no	Correo Electronico:	
Seguro Medico:		#Identificación del miembro:	#de grupo:	
Nombre del asegurado:		Fecha de Nacimiento del asegurado:		
Nombre del seguro secundario:		#Identificación del miembro:	#de grupo:	
Nombre del asegurado:.		Fecha de Nacimiento del asegurado:		

Por favor conteste sí o no a las siguientes preguntas:

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tengo alergia severa a alguna comida o medicaciones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He tenido una reacción seria a una vacuna en el pasado. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estoy en un tratamiento de aspirina, quimioterapia/radiación. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He sido paralizado por el Síndrome de Guillain-Barre. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He recibido vacunas durante el mes pasado. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He estado enfermo durante la semana pasada, estoy tomando antibióticos o medicamentos antivirales. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estoy Embarazada o He tenido alguna enfermedad cronica como enfermedad del Corazon,
Enfermedad Pulmonar, Diabetes, Asma, Rinon, Enfermedad Hepatica, Anemia , Problema de la sangre. |

Me han dado una copia y he leído o me han explicado la información de la Declaración de Información de Vacunas. He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna sea dada a mi o a la persona a quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Estoy de acuerdo en que esta información puede ser compartida con las escuelas, guarderías, los proveedores de salud y otros cuando sea medicamente necesario. Entiendo que es mi responsabilidad saber cual es mi plan de seguro y que cubre y me comprometo a pagar la parte no cubierta por el seguro. Yo entiendo que si el Departamento de Salud no tiene un contrato con mi compañía de seguros, o mi compañía de seguros se niega a pagar yo soy responsable de todos los cargos.

Firma del cliente/Tutor: _____ Fecha: _____

<p>Si paga con tarjeta de crédito pr favor llene a continuación: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> American Express #de Tarjeta _____ Fecha de vencimiento _____ Cantidad \$ _____ Firma _____</p>	<p>Para pagar por internet vaya a www.tooelehealth.org Marque la casilla si pago por internet <input type="checkbox"/></p>
--	---

***** Espacio abajo es para información Enfermería de salud pública solo*****

ICD 10: 90687-SL VFC/Private 90687/VFC preserve <3

IM lateral thigh L R 0.25 ml

Lot # _____

ICD 10:90688-SL VFC/Private 90688 >3

IM Deltoid L R 0.5 ml

Lateral thigh L R 0.5 ml

Lot # _____

Nurse: _____

Provider # _____ E _____

Amount Paid _____